

様式第1号（第3条関係）

認定関係資料に係る情報提供請求書（事業所用）

年 月 日

小 郡 市 長 殿

所在地

事業所名

請求者

代表者名

印

電話番号

次のとおり（要介護・要支援・障害程度区分）認定関係資料の情報提供を請求します。

資料の対象者	住所：小郡市	被保険者番号							
	氏名：								
資料名・内容	<input type="checkbox"/> 認定調査票 <input type="checkbox"/> 主治医意見書								
開示の方法	1 写しの交付 2 その他（閲覧・視聴・その他）								
請求の目的	1 介護(予防)支援計画作成のため 2 障害福祉サービス利用計画作成のため								

資料の交付を請求者（代表者）以外の者が受ける場合（代理受領）は、記入してください。

代理受領者氏名		請求者との関係	
---------	--	---------	--

（注）代理受領者が本人であることを証する書面（運転免許証、旅券等）を提示してください。

開示書類は、介護(予防)支援計画又は障害福祉サービス利用計画作成のためだけのものであり、本人への開示書類ではありません。

【事務局記載欄】

受領者本人 の確認書面	1 修了証明書 (No. ) 2 その他 ( )	受付欄
事務局	保健福祉部 課 確認者 ( )	
提供の内容	写しの交付 枚 (費用負担 円) ・ 閲覧 ・ 視聴 ・ (その他)	